



# DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO

## ANEXO 1 -SOLICITUD AL PROGRAMA SOCIEDAD FUERTE Y ORGANIZADA 2021

### FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

DÍA		MES		AÑO	
-----	--	-----	--	-----	--

### DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:					
DIRECCIÓN	CALLE Y NÚMERO:		COLONIA:		
CÓDIGO POSTAL:		CIUDAD			
TELÉFONO			CORREO ELECTRÓNICO		

### DATOS DE SEDE O FILIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:					
DIRECCIÓN	CALLE Y NÚMERO:		COLONIA:		
CÓDIGO POSTAL:		CIUDAD			
TELÉFONO			CORREO ELECTRÓNICO		

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:					
DIRECCIÓN:					
TELÉFONO					
DOCUMENTO OFICIAL CON EL QUE SE IDENTIFICA					

### DATOS DEL DIRECTOR

NOMBRE:					
DIRECCIÓN:					
TELÉFONO					
SE IDENTIFICA CON					
OBSERVACIONES					

### ESPECIFICACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL

MODELO DE ATENCIÓN:					
---------------------	--	--	--	--	--

### INTEGRACIÓN:

CONSEJO		MESA DIRECTIVA		VOLUNTARIADO	
PATRONATO		JUNTA DIRECTIVA		OTRO - INDIQUE	

### POBLACIÓN QUE SE ATIENDE

RANGO DE EDAD	CANTIDAD	ANTIGÜEDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	SI/NO	GÉNERO	SI/NO
DE 0 A 5 AÑOS		5 AÑOS		HOMBRES	
DE 6 A 15 AÑOS		6 A 10 AÑOS		MUJERES	
DE 16 A 18 AÑOS		11 A 15 AÑOS		MIXTO	
DE 18 A 59 AÑOS		16 A 20 AÑOS		SERVICIO DEAMBULATORIO	

DE 60 AÑOS EN ADELANTE		MÁS DE 20 AÑOS		SERVICIO RESIDENCIAL	
CAPACIDAD TOTAL DE ATENCIÓN			CAPACIDAD DE ATENCIÓN ACTUALMENTE		
<b>EN EL TIPO DE SERVICIO QUE PRESTAN, REALIZA ACTIVIDADES TENDIENTES A LA MODALIDAD DE:</b>					
PROMOCIÓN		DIAGNOSTICO		OTRO - INDIQUE	
PREVENCIÓN		DIFUSIÓN			
<b>EN EL SERVICIO QUE PRESTA, REALIZA ACTIVIDADES TENDIENTES AL TIPO DE</b>					
SATISFACER LAS NECESIDADES		RESOLVER LA PROBLEMÁTICA		REINSERCIÓN SOCIAL	
INDEPENDENCIA Y AUTOSUFICIENCIA		APLICACIÓN DE VALORES		OTRA - ESPECIFIQUE	
<b>SECTOR DE LA POBLACIÓN AL QUE DIRIGEN SUS SERVICIOS</b>					
SIN RED FAMILIAR		POBREZA EXTREMA		EN SITUACIÓN DE CALLE	
MUJERES EMBARAZADAS		DISCAPACIDAD - ESPECIFICAR		ANALFABETA	
NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES		MIGRANTES		OTRO - INDIQUE	
<b>MEDIOS DE SOSTENIMIENTO ECÓNOMICO</b>					
PAGO POR SERVICIO		VENTAS DE PRODUCTOS O SERVICIOS		REALIZACIÓN DE EVENTOS - INDIQUE	
CUOTAS DE RECUPERACIÓN		DONATIVOS		OTRO - INDIQUE	
EN CASO DE SER BENEFICIADA DE APOYOS ECONÓMICOS DE OTRA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE GOBIERNO DEL ESTADO DURANTE EL 2021; INDICAR: PROGRAMA, TIPO DE BENEFICIO, DEPENDENCIA					
EN CASO DE ESTAR GESTIONANDO ALGÚN APOYO ECONÓMICO EN OTRA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE GOBIERNO DEL ESTADO DURANTE EL 2021; INDICAR: PROGRAMA, TIPO DE BENEFICIO, DEPENDENCIA					
<b>COADYUVANCIA CON AUTORIDADES</b>					
SEÑALAR SI CUENTA CON ACCIONES CONJUNTAS CON ALGUNA AUTORIDAD O ENTE PÚBLICO - ANEXAR COMPROBABLE.					
SMDIF		PEPNNA		SEDESHU	
SDIFEG		OTRO - INDICAR			

**AUTORIDADES QUE REALIZAN VISITAS**

SEÑALAR SI ALGUNA AUTORIDAD REALIZA VISITAS RELACIONADAS A LA OPERATIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN.

SMDIF

PEPNNA

PROTECCIÓN CIVIL

SDIFEG

OTRO - INDICAR

En caso de haber sido beneficiaria en el año fiscal 2020 y que se haya generado cambio en la **clabe interbancaria** en la cual se depositó el apoyo económico o bien, ser solicitante primario del programa, adjuntar al presente en formato PDF carta de solicitud de alta de Registro de la nueva CLABE interbancaria a efecto de proporcionar en su caso, el apoyo al que resulte beneficiario; la cual deberá estar firmada por el representante legal, debiendo contener:

- Denominación social de la organización.
- Domicilio fiscal.
- RFC.
- Titular de la cuenta bancaria
- Numero de la cuenta banacaria
  - CLABE interbancaria
  - Institución financiera.
  - Número de sucursal.
- Ciudad en la que fue dada de alta.

**POR EL SDIFEG; RECIBE:**

NOMBRE

FIRMA

**POR LA ORGANIZACIÓN; ENTREGA:**

NOMBRE

FIRMA